

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N°

10

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge MARIAUX

Né le 2 août 1913, à Charentonnay (Cher)
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
THROMBOSES HÉMORROÏDAIRES

Président : M. LÉON BINET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1942

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **MARIAUX.**

Prénoms : **Serge.**

Date de la soutenance : 26 JAN. 1942

Numéro d'ordre :

1

MARIAUX (Serge). — Contribution à l'étude des thromboses hémorroïdaires. — Paris, Jouve et Cie, 1942. In-8°, 50 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°.....)

2

MARIAUX (Serge). — Contribution à l'étude des thromboses hémorroïdaires. — Paris, Jouve et Cie, 1942. In-8°, 50 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°.....)

3

MARIAUX (Serge). — Contribution à l'étude des thromboses hémorroïdaires. — Paris, Jouve et Cie, 1942. In-8°, 50 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°.....)

4

MARIAUX (Serge). — Contribution à l'étude des thromboses hémorroïdaires. — Paris, Jouve et Cie, 1942. In-8°, 50 p.

(Thèse de Médecine (Etat), Paris, 1942, N°.....)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1942

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Serge MARIAUX

Né le 2 août 1913, à Charentonnay (Cher)
Externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

THROMBOSES HÉMORROÏDAIRES

Président : M. LÉON BINET, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1942

LE DOYEN... BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIÈRE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LÉVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BENARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	ABRAMI.
Clinique médicale	FIESSINGER.
	LOEPER.
	RATHERY.
	LEREBoullet.
	N...
Hygiène et clinique de la première enfance	LAIGNEL-LAVASTINE
Clinique des maladies des enfants	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GUILLAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	N...
	GOSSET.
Clinique chirurgicale	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
	VELTER.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements	LÉVY-SOLAL.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	HARVIER.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	N...
Clinique thérapeutique chirurgicale	M. VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIER.
Clinique de la tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Clinique de cardiologie	Clovis VINCENT.
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Assistance médico-sociale	HAZARD.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY..... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). Hydrologie.
 BONNET Bactériologie.
 BOULANGER.. Chimie.
 BOULIN..... Pathologie médicale.
 BROUET..... Pathologie médicale.
 BULLIARD.... Histologie.
 CACHERA..... Pathologie médicale.
 CORDIER..... Anatomie.
 COSTE..... Pathologie médicale.
 COUVELAIRE (Roger). Urologie.
 DELARUE Anatomie pathologique.
 DELAY Pathologie médicale.
 DEGREZ (H.)... Physique.
 DESOILLE..... Médecine légale.
 DIGONNET Obstétrique.
 DOGNON Physique.
 FEVRE Pathologie chirurgicale.
 FUNCK-BRENTANO. Pathologie chirurgi-
 cale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GARCIN..... Pathologie médicale.
 M^{lle} GAUTHIER-VILLARS. Anatomie pa-
 thologique.

MM.

DE GENNES... Pathologie médicale.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME..... Obstétrique.
 LANTUÉJOUL. Obstétrique.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG..... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LENÈGRE Pathologie médicale.
 M^{lle} J. LÉVY... Pharmacologie.
 MARCHAL Pathologie médicale.
 MÉNÉGAUX... Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET... Pathologie médicale.
 MOUQUIN..... Pathologie médicale.
 PATEL Pathologie chirurgicale.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale
 RENARD..... Ophtalmologie.
 RICHET..... Physiologie.
 SÈNÈQUE..... Pathologie chirurgicale.
 SICARD Pathologie chirurgicale.
 SOULIE Pathologie médicale.
 SUREAU..... Obstétrique.
 TURPIN..... Pathologie médicale.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE..... Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.
 GUÉNIOT..... Obstétrique.
 HEITZ-BOYER... Pathologie chirurgicale.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.

MM.

LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER..... Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PIÉDELIEVRE.. Médecine légale.
 VAUDESCAL.... Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE...		BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ.		BROCQ	
CATHALA..		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER...	
CHEVALLIER....	Clinique médicale.	de GAUDART	
DONZELOT		d'ALLAINES	
DUVOIR		LEVEUF	
GASTINEL		MOULONGUET	
LAROCHE (G.) ...		MOURE	
LIAN		QUENU	
MOREAU		FEY.....	
SÉZARY			

MM.	
ECALLE.....	Clinique obstétricale.
METZGER.....	
PORTES.....	
VIGNES.....	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

In memoriam

A MA MÈRE

A MA TANTE JEANNE

A MON GRAND-PÈRE

In memoriam

A MA GRAND-MÈRE

A MA FEMME

AU DOCTEUR MARCEL LARDY

Stalag XVII A

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LÉON BINET

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.*

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN RACHET

En témoignage de ma grande reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRÉ BUSSON
son Assistant

*Qui nous ont inspiré le sujet de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES D'EXTERNAT

1936-1937. MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BERGER

1937. MONSIEUR LE DOCTEUR PRUVOST

1937-1938. MONSIEUR LE DOCTEUR GOUVERNEUR

1938. MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELAND

In memoriam

1938-1939. MONSIEUR LE DOCTEUR RACHET

1939. MONSIEUR LE DOCTEUR LAEDERICH

1941. MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET

1941. MONSIEUR LE DOCTEUR WEISSENBACH

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES THROMBOSES HÉMORROÏDAIRES

INTRODUCTION

Au cours de notre stage, en qualité d'externe, dans la consultation de proctologie de notre Maître le Dr Jean Rachet, à l'hôpital Boucicaut, nous avons été frappés, non pas tant de la *fréquence* extrême des hémorroïdes et de leurs complications que de la simplicité des méthodes de Traitement, simplicité qui ne saurait se comparer qu'à leur efficacité.

Nous attachant plus particulièrement aux hémorroïdes externes, il nous est apparu bien vite que la grande majorité d'entre elles ne comporte pour ainsi dire pas d'histoire clinique en dehors des complications auxquelles elles donnent souvent lieu. Parmi ces complications variées la thrombose constitue peut-être la plus fréquente. Souvent elle est révélatrice des hémorroïdes restées jusque-là latentes et si celles-ci ne nécessitaient par elles-mêmes aucun traitement la thrombose au contraire exige un traitement adéquat.

La description des thromboses hémorroïdaires, donnée depuis longtemps a été reprise dans son ensemble

par Raoul Bensaude, dans son traité des *Maladies de l'intestin* (1). Notre Maître Jean Rachet a d'autre part traité également cette question dans son livre sur les hémorroïdes (2) et nous l'avons bien souvent entendu développer dans son enseignement oral.

Classiquement on distingue parmi ces thromboses hémorroïdaires deux formes cliniques :

a) *la thrombose simple*, véritable hématome sous-cutané, dû à une rupture veineuse ;

b) *la thrombose œdémateuse*, réaction locale autour d'un foyer d'endophlébite légère.

Si cette dernière variété nous semble devoir rester sans modification dans sa description comme dans son traitement, par contre, il y a lieu de scinder la première forme en deux variétés :

d'une part, *l'hématome sous-cutané* par extravasation sanguine dans le tissu sous cutané-muqueux, qui correspond à la description classique, c'est une *pseudo-thrombose*,

— d'autre part, *la thrombose vraie endoveineuse*, véritable processus de phlébite localisée, où le caillot n'a pas fait irruption en dehors de la veine, mais siège dans sa lumière, un diverticule du vaisseau lui constituant un véritable sac.

1. R. Bensaude. *Maladies de l'intestin*. Tome IV, Masson éditeur, Paris.

2. J. Rachet. *Les hémorroïdes*, Doin Editeur.

Nous avons cherché sur de très nombreux malades à la consultation de proctologie de l'hôpital Boucicaud à vérifier cette distinction proposée par Jean Rachet et André Busson, et qui était jugée inutile par les classiques qui doutaient de l'existence de la thrombose vraie ou tout au moins la considéraient comme très rare.

Il ressort de nos recherches que la thrombose vraie endoveineuse, non seulement existe, mais encore est *fréquente*, plus fréquente même et de beaucoup, nous semble-t-il, à l'hématome sous-cutané jusque-là considéré comme seul en cause.

Quelle que soit la variété de thrombose, le traitement ne perd en rien de sa *simplicité*. Il reste à la portée de tout médecin, enfin c'est un Traitement véritablement *ambulatoire*, permettant au malade de poursuivre le jour même ses occupations habituelles, il partage donc cet avantage considérable avec les autres méthodes médicales de traitement des hémorroïdes en général.

Enfin, c'est un traitement *efficace* et cela d'une manière immédiate et totale. Il s'agit donc non pas seulement d'une simple sédation, mais d'une véritable *guérison*.

PLAN

Nous envisagerons donc successivement dans ce travail :

- l'étiologie et la pathogénie,
 - l'anatomie pathologique,
 - l'aspect clinique,
 - le diagnostic,
 - le traitement des thromboses des hémorroïdes externes, pour chacune de leurs variétés.
-

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

La cause de cette complication des hémorroïdes est assez mal connue. La stase veineuse locale, le renversement du courant sanguin d'une part, les micro-traumatismes locaux, l'infection locale ont été invoqués, et même opposés en deux théories l'une mécanique, l'autre infectieuse, tout de même que pour les hémorroïdes elles-mêmes. Mais nombreux sont les hémorroïdaires connus et chez qui, la thrombose survient brusquement, inopinément sans qu'aucune cause puisse être décelée et cela, même chez des malades qui s'observent bien.

Dans certains cas il semble qu'il faille incriminer un effort violent, ou plus simplement un effort de toux, de défécation à l'origine de la thrombose et ces cas seraient pour nous plus volontiers, mais non obligatoirement, en rapport avec la forme à type d'hématome sous-cutané par rupture veineuse.

Dans d'autres cas au contraire, l'inflammation locale, l'anite précédant la phlébite, est à l'origine de tous les phénomènes et notre Maître Rachet pense après Bensaude et Oury que c'est là, le cas le plus habituel. La poussée infectieuse explique à elle seule

et la thrombose intravasculaire et la forme œdémateuse, simple mode de réaction vasculaire, passé au premier plan, autour d'un léger foyer infectieux. Mais là encore nous nous garderons d'être absolu et nous ne nierons pas que des thromboses intravasculaires puissent être le fait d'une simple stase, néanmoins le cas nous paraît rare.

Faut-il enfin, par esprit d'électisme, penser qu'il est des cas où les deux facteurs s'associent et que le rôle de l'effort, du traumatisme local se trouve favorisé par une fragilité vasculaire d'ordre infectieux ? C'est possible, mais il nous semble que l'un ou l'autre de ces deux facteurs puisse suffire, et pour notre part, nous attribuons la première place à l'infection, encore qu'il soit impossible de préciser laquelle. Somme toute, la pathogénie reste la même que celle des hémorroïdes en général, et la complication n'en serait qu'une poussée évolutive.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE

Aux deux formes classiques réalisées par l'hématome sous-cutané et la thrombose œdémateuse, il convient avons-nous dit d'ajouter une troisième : la *thrombose phlébitique endoveineuse intrasacculaire* ou *thrombose vraie*.

Nous décrirons successivement ces trois formes et nous commencerons par l'hématome sous-cutané parce qu'il est le plus anciennement décrit. Mais disons d'abord, car ces deux points ont une valeur générale, qu'au point de vue :

- *du siège*, les thromboses sont le plus souvent latéralisées, et se voient rarement aux points cardinaux de l'anus,
- *du nombre*, si très souvent la thrombose est unique, elle peut aussi être multiple. C'est alors la *polythrombose* sur laquelle nous ne nous arrêterons pas plus longtemps car elle n'a pas d'autre intérêt.

I. — L'hématome sous-cutané par rupture vasculaire.

C'est la forme classique, considérée comme presque unique. C'est enfin, la plus simple. A la faveur de la

« rupture d'une petite veine hémorroïdale, le sang extravasé, forme un caillot de volume variable dans le tissu conjonctif péréal » (1). Bien vite il suffit à oblitérer le pertuis qui lui a donné naissance et qu'on ne retrouve jamais même à une distinction fine de la lésion. Le sang ainsi collecté s'organise en un caillot sous-cutané, assez mal limité de la taille d'une lentille à une noisette. A l'incision il se présente homogène, noirâtre, adhérent un peu au tissu conjonctif environnant d'aspect cruenté. C'est donc une *pseudo-thrombose*, aussi la décrivons-nous sous ce nom d'« hématome ». Traité comme nous le verrons plus loin, c'est-à-dire par évacuation, il ne laissera aucune cicatrice. Abandonné à lui-même, 2 cas sont possibles :

— ou bien, il diminuerait progressivement de volume, durcirait. La poussée inflammatoire se calmant, la réaction locale disparaît et il ne persiste qu'un petit nodule perceptible à la palpation immédiatement situé sous le plan cutané.

— ou bien les plans superficiels s'escarriquent, s'ulcèrent, le caillot s'évacue spontanément à l'extérieur sous forme de sang poisseux en voie de dissolution. L'infection locale, alors manifeste, aidant, il en résulte une fistule borgne externe.

1. R. Bensaude : *loco citato*.

II. — La thrombose phlébitique endoveineuse « intrasacculaire ».

C'est là la *thrombose vraie*. Bensaude la jugeait très rare. Nous pensons, au contraire, que c'est le cas de beaucoup *le plus fréquent*. Notre opinion est basée sur l'examen de nombreux malades à la consultation de proctologie de l'hôpital Boucicaut.

Ici, le caillot n'a pas fait irruption hors du vaisseau, il a une paroi propre, un « sac » que lui forme la paroi veineuse et il semble logé dans un diverticule de celle-ci.

Il est donc nettement individualisé, bien limité. Et c'est ainsi que si, lors de l'incision, on prend la précaution de n'intéresser dans celle-ci que le seul plan cutanéomuqueux on ne tombe pas directement sur le caillot qui vient « baver » entre les lèvres de la plaie tendant à s'extérioriser spontanément comme dans la forme précédente. Mais on aperçoit un « sac » de couleur bleue foncée qui bombe dans la déhiscence cutanéomuqueuse et dont on peut faire le tour pour l'arracher en bloc à l'extérieur en clivant veine et tissu conjonctif environnant. Le pédicule par lequel ce sac est rattaché à la veine est obturé et le sac n'a plus de rapport avec la lumière vasculaire.

Mais il est dans la pratique inutile de se livrer à cette distinction, le but n'étant pas d'enlever le sac après avoir placé une ligature sur son pédicule. Il suffit d'inciser la paroi du sac et on évacue le sac

comme précédemment. Et c'est là, la raison de la confusion dans laquelle on a tenu jusqu'alors ces deux formes cliniques.

On incisait du même coup, plan cutané et paroi vasculaire et dans l'un comme dans l'autre cas on tombait, ce faisant, directement sur le caillot.

Notons qu'au point de vue thérapeutique cela ne prêtait pas à grosse conséquence, mais la notion que nous apportons ici, quoique d'ordre avant tout théorique, présente croyons-nous un intérêt. C'est qu'en effet, le seul argument mécanique explique mal cette thrombose vraie, l'étranglement même du vaisseau sans lésion infectieuse n'amènerait pas plus la thrombose que la ligature d'un tronc veineux en deux points. D'où la raison qui nous fait croire ainsi que nous l'avons exposé plus haut, que l'infection locale joue le rôle principal ; en tout cas l'explication qu'elle permet est plus satisfaisante.

Nous ne traiterons pas de l'évolution anatomique de cette thrombose : elle est en tout point comparable à celle de la forme précédente.

III. — La thrombose œdémateuse.

Cette forme individualisée par Raoul Bensaude reste telle qu'il l'a décrite et nous ne ferons que reprendre ici l'esprit sinon la lettre du tableau qu'il en a brossé.

L'aspect extérieur est *très différent* des deux formes précédentes. C'est en présence d'une petite tumeur blanchâtre que l'on se trouve, molle, douloureuse,

appendue à la région anale d'une façon plus ou moins sessile, au sein de laquelle on devine parfois quelques points bleutés. Ce sont autant de petits caillots « truffant » la boule d'œdème réactionnel. La réaction œdémateuse est d'ailleurs parfois si marquée par rapport au petit volume des caillots qu'elle les masque complètement et on ne les retrouverait qu'à l'incision. A la coupe, on apercevrait, au sein d'un tissu infiltré, plusieurs caillots de faible volume occupant comme autant de petites logettes. La plaie créée par l'incision, montre deux tranches de section comparable à celles d'une grenade mûre ; les caillots représentant les fruits de la grenade dont la pulpe serait les tissus œdématiés.

Vouloir évacuer tous ces petits caillots serait difficile et nous verrons au chapitre du traitement que celui-ci adopte une autre méthode : la radiothérapie qui très rapidement va faire disparaître tous ces phénomènes.

L'évolution de la thrombose œdémateuse abandonnée à elle-même se ferait suivant les deux mêmes possibilités que nous avons envisagées précédemment.

ÉTUDE CLINIQUE

L'aspect clinique que revêtent ces trois formes de thrombose hémorroïdaire est à peu près le même si on l'envisage du point de vue fonctionnel. Par contre, la symptomatologie physique est très différente ; la thrombose œdémateuse se distingue aisément des deux variétés ; mais celles-ci se présentent sous un jour très voisin et leur discrimination toujours difficile est souvent impossible de par la seule clinique, d'où une nouvelle raison de leur confusion jusqu'alors.

Nous décrirons donc à l'examen physique, trois aspects différents correspondant aux trois variétés anatomiques et ce, dans l'ordre que nous avons suivi jusqu'ici ;

- l'hématome sous-cutané ou pseudo-thrombose,
- la thrombose vraie intravasculaire,
- la thrombose œdémateuse.

Les signes généraux, en général minimes, nous retiendrons moins longtemps.

* * *

Anparavant nous voulons insister, sur le temps essentiel de l'examen de tout sujet qui vient consulter pour une affection anorectale quelle que soit la nature de celle-ci. C'est la **position d'examen**. Il faut toujours faire placer le malade dans la position *genu-pectorale*. Ainsi tout devient simple, on peut examiner toute la région anale de façon aisée et satisfaisante. On voit trop souvent encore examiner ces malades en décubitus latéral par exemple, l'examen malaisé, difficile, perd alors beaucoup de sa valeur : on ne voit rien, ou on voit mal, la palpation est gênée, on ne peut déplisser l'anus. Seule la position *genu-pectorale* permet un examen correct et si tout ne devient pas de par là même évident, la difficulté du diagnostic disparaît presque totalement.

On pourra enfin associer à l'inspection, à la palpation, au déplissement anal et au toucher rectal systématique une vérification endoscopique qui mettra en évidence, les hémorroïdes internes associées et permettra de s'assurer qu'il n'y a pas de lésion rectale latente.

A. — Symptômes fonctionnels.

Nous avons dits qu'ils étaient pratiquement les mêmes quelle que soit la variété de thrombose, nous n'en ferons donc qu'une seule description.

Il s'agit d'un malade qui se savait ou non atteint

d'hémorroïdes. Bien souvent, c'est cette légère complication qui viendra en révéler l'existence ; latentes jusque-là, elles n'avaient en général pas attiré l'attention du malade. Brusquement, survient une sensation de tension douloureuse au niveau de l'anus, bientôt transformée en une douleur aiguë, gênant la marche, plus encore la station assise, troublant le sommeil. Cette douleur plus ou moins vive est permanente avec de temps en temps des paroxysmes spontanés ou provoqués par exemple par l'émission d'une selle. Enfin, cette douleur persistera, calmée seulement par la thérapeutique médicale mais non supprimée, tant que l'évacuation chirurgicale ou spontanée par ulcération n'aura pas eu lieu, ou tant que, dans le cas de la thrombose œdémateuse, les agents physiques n'auront pas fait disparaître la réaction locale.

Sur ce simple tableau fonctionnel il est bien difficile, n'étaient peut-être la loi de fréquence, la brusquerie du début, de faire un diagnostic. Bien des affections anales que nous retrouverons au chapitre du diagnostic pourraient en effet prêter à discussion.

B. — Symptômes physiques.

Seul l'examen local bien conduit, permet le diagnostic sûr. Bien souvent d'ailleurs, le malade aiguille lui-même le diagnostic en disant qu'il a perçu à la palpation une « petite boule tendue, douloureuse, irréductible au niveau de laquelle siège électivement la douleur ».

1^o HÉMATOME SOUS-CUTANÉ.

A l'*inspection* on aperçoit tout près de l'orifice anal, dans les plis radiés, le plus souvent latéralement, une petite tumeur, turgescence, bleuâtre à limites assez mal précisées, du volume d'un pois à une noisette. Elle est recouverte d'une peau tendue luisante. Elle atteint parfois l'orifice anal à l'intérieur duquel elle semble pénétrer. Enfin, il n'y a rien par ailleurs si ce n'est quelques autres hémorroïdes externes indolentes ou quelque marisque.

La *palpation* retrouve et précise ces caractères. La tumeur est tendue, se continuant insensiblement avec les tissus voisins. Les parois sont souples. Signe capital : la tumeur est *douloureuse* et la douleur siège uniquement à son niveau. La pression même forte partout ailleurs ne réveille aucune douleur, alors que le moindre attouchement au niveau de la thrombose est pénible. Enfin, en dépliant lentement mais largement l'anus on voit que tout s'arrête au niveau de l'orifice anal, il n'y a pas de prolongement intracanaliculaire.

Le diagnostic s'impose, il ne prête à discussion qu'avec la forme que nous allons maintenant envisager.

2^o LA THROMBOSE VRAIE INTRAVASCULAIRE.

Celle-ci se traduit par des signes fonctionnels voisins de ceux de la forme précédente. Cependant la douleur est moins brusque, augmentant progressive-

ment pour atteindre en une ou deux heures son point maxima. Mais il faut reconnaître qu'il est souvent difficile de faire préciser par le malade cette évolution. A l'examen, quelques nuances permettront dans certains cas de la différencier de l'hématome sous-cutané-muqueux.

L'*inspection* permet de constater qu'au niveau de la tumeur les téguments sont moins tendus, moins luisants, il n'y a pas cette sorte de translucidité qui dans la forme précédente, laisse presque voir à travers la peau le caillot sous-jacent. Ils ne paraissent pas non plus comme prêts à éclater pour le laisser échapper.

La *palpation* permet en outre de constater que la tumeur est mieux limitée, faisant hernie dans les tissus voisins qu'elle repousse autour d'elle.

Mais, ce ne sont là que des nuances, nous l'avouons bien volontiers, qui donnent des signes de présomption, mais qui permettent rarement d'affirmer que le caillot siège en dehors ou en dedans de la veine. Tout dépend surtout dans cet aspect de la date plus ou moins précoce, à laquelle on observe la lésion. Seule, la mise en évidence du sac, lors de l'incision permettra de trancher le débat.

3^o LA THROMBOSE OEDÉMATEUSE.

Presque aussi fréquente que les précédentes son aspect est très différent. Là encore nous nous rapporterons à la description de Bensaude.

Inspection. Il s'agit d'une tumeur blanchâtre, parfois assez volumineuse, peu tendue, juxta ou latéro-anale, appendue par un pédicule large, voire même sessile. Parfois on devine par transparence les petits caillots qui siègent dans la profondeur. Douloureuse spontanément, elle l'est encore d'une façon plus nette à la *palpation* qui permet de constater qu'il s'agit d'une masse mollassse, au sein de laquelle on perçoit de petites zones plus dures, correspondant aux zones bleutées indiquées plus haut et qui sont constituées par les caillots qui « truffent » en quelque sorte la bulle d'œdème.

Mais pour peu que la réaction œdémateuse soit intense, on ne voit ni ne sent rien de tel et on se trouve devant une masse pseudo-condylomateuse. C'est là son diagnostic essentiel. Nous l'envisagerons plus loin.

C) Symptômes généraux.

Ce sont les mêmes quelle que soit la nature de la thrombose. Ils sont en général, peu intenses. Pas de fièvre. C'est tout au plus si l'on note un peu d'anxiété, d'inappétence, d'irritabilité, d'insomnie. Mais ces modalités réactionnelles, minimales le plus souvent, peuvent chez certains nerveux devenir assez marqués, imposant parfois la prescription de quelques antinerveux légers.

Evolution générale.

a) *De la thrombose elle-même.* — Traitée correctement nous verrons que là s'arrête l'histoire des thromboses hémorroïdaires. Abandonnées à elles-mêmes, au contraire, deux éventualités sont possibles.

La première, heureuse, surtout le fait des thromboses de faible volume, est la résolution spontanée ou sous l'influence du simple traitement médical. Plus souvent la thrombose sert de point de départ pour la formation d'une marisque indolente et peu gênante qui pourra tout au plus jouer un rôle favorisant dans l'étiologie d'accidents ultérieurs des hémorroïdes : une fissure par exemple, à laquelle elle servira de « capuchon ».

La deuxième, plus fréquente se fera vers l'escarification, l'ulcération de la thrombose. Par l'ouverture spontanée ainsi créée s'évacuera le ou les caillots. L'infection locale sera alors de règle et l'on se trouvera devant une petite fistule, borgne externe qui demandera à être excisée si l'on veut éviter des complications ultérieures.

b) *Des thromboses en général.* Même traitées, les récidives sont, non seulement possibles, mais fréquentes et nous traiterons plus loin de leur prophylaxie.

*
* *

Dans l'ensemble donc, l'étude clinique de ces trois variétés de thrombose est simple. La thrombose oedé-

mateuse s'individualise nettement. Les deux autres formes sont plus difficiles à distinguer entre elles de par la seule clinique, par contre, elles se différencient facilement au moment de l'intervention si l'on prend soin d'inciser plan par plan. Précaution nécessaire car la conduite opératoire est un peu différente dans les 2 cas.

DIAGNOSTIC

Nous n'envisagerons dans ce chapitre que le diagnostic différentiel des thromboses hémorroïdaires renvoyant pour la discussion étiologique à la discussion que nous avons développé au cours d'un chapitre spécial.

Dans l'ensemble le diagnostic est simple. Les signes fonctionnels sont insuffisants pour l'affirmer, cependant l'absence de tout rythme par rapport aux émissions alvines pourrait permettre d'écarter d'emblée une fissure anale. Par contre, un examen physique correctement pratiqué permet d'éliminer rapidement tout autre diagnostic.

Nous réunirons en un seul chapitre les problèmes que posent l'hématome sous-cutané et la thrombose vraie ce sont en effet les mêmes. Puis, nous envisagerons le cas de la thrombose œdémateuse.

I. — Diagnostic commun de la tuberculose vraie et de l'hématome sous-cutané.

La « fluxion » hémorroïdaire simple sans thrombose est assez rare. C'est la poussée aiguë hémorroïdaire,

elle tient lieu en quelque sorte de terme de passage entre les hémorroïdes simples et leurs complications. Elle est brève, cède facilement au simple traitement médical. On se trouve alors devant une hémorroïde turgescence congestive, sans aspect bleuté, sans douleur élective. Mais ce peut-être le mode de début de la thrombose qui se développe secondairement.

Le *prolapsus hémorroïdaire* partiel est pratiquement le seul diagnostic. Les malades disent eux-mêmes qu'ils n'ont pu « rentrer » cette boule douloureuse qu'ils ont perçue et invitent ainsi à l'erreur. Le prolapsus cependant est à la vérité bien différent, il vient de plus haut, son pédicule pénètre dans l'anus, il est recouvert uniquement de muqueuse, sa coloration est rouge violacée, on peut en faire le tour. La thrombose, au contraire, est sous-cutanéomuqueuse extra-canaliculaire, comme le montre le simple déplissement de l'anus. Enfin, alors que sauf en cas d'étranglement, le prolapsus est réductible, il est bien évident que toute tentative de taxis échouerait sur une thrombose.

Donc diagnostic aisé et, il va de soi, que nous ne discutons ici que les prolapsus partiels, un prolapsus tant soit peu important ne saurait en effet se comparer à une thrombose hémorroïdaire.

II. — Diagnostic de la thrombose œdémateuse.

La difficulté, ici, consiste à la reconnaître. Cette forme est en effet méconnue plus par ignorance que

par difficulté du diagnostic. Dès lors qu'on connaît son existence, il est simple de l'identifier. Dans certains cas, toutefois, on pourrait discuter un condylome de la région anale et nous avons insisté sur l'aspect *pseudo-condylomateux* de cette forme. Mais il n'y a ni début brusque, ni douleur aiguë élective, la consistance molle et homogène, on ne perçoit nullement ces zones plus résistantes dans la profondeur et qui correspondent aux caillots, souvent la base est assez nettement pédiculée. Enfin, le condylome ne présente pas la même évolution rapide ni vers l'ulcération ni vers la résorption.

*
* * *

Facile est donc dans l'ensemble le diagnostic des thromboses hémorroïdaires. En connaître les formes variées, examiner correctement la région en sont les seules et suffisantes conditions.

TRAITEMENT

Nous insisterons sur ce chapitre pour plusieurs raisons :

a) *C'est à l'occasion du traitement* des thromboses hémorroïdaires que notre maître le Dr Jean Rachet a remarqué que dans certains cas il existait comme un sac entourant le caillot, celui-ci n'étant pas directement répandu dans le tissu adipeux sous-cutané et que ce sac était constitué par la paroi veineuse.

Partant de cette constatation nous avons systématiquement recherché avec quelle fréquence on l'observait et c'est là la raison de ce travail.

b) *La simplicité du traitement* est à nos yeux un nouvel argument. On verra qu'il ne nécessite aucune instrumentation particulière et que sa technique peut s'acquérir rapidement.

c) *Son efficacité totale et immédiate* le rend bien supérieur à tous les analgésiques et sédatifs locaux que l'on voit encore employer, il est alors bien difficile de faire la part de ce qui revient à la thérapeutique ainsi instituée et de ce qui n'est que guérison par évolution spontanée.

d) Il s'agit enfin d'un *traitement ambulatoire*, le malade ne sera en aucune façon immobilisé et pourra le jour même vaquer à ses occupations habituelles. C'est là, croyons-nous, le plus grand avantage de cette technique. Nous n'avons jamais constaté de réaction douloureuse qui vienne ternir cette bénignité de pronostic opératoire quoique nous ayons surtout affaire à des malades qui dans l'ensemble sont des travailleurs et ne prennent pas de précautions spéciales.

Nous décrirons successivement pour rester fidèle au plan d'exposition que nous avons suivi jusqu'ici le traitement que nous employons pour chacune de ces trois formes de thrombose hémorroïdaire.

I. — L'hématome sous-cutané.

C'est la technique depuis longtemps décrite par Raoul Bensaude. Elle est d'ordre chirurgical et se résume ainsi :

a) Anesthésie locale :

On se sert de novocaïne à 1 % ou de produits similaires. On injecte le liquide anesthésiant à la base de la thrombose en poussant lentement l'injection pour ne pas aviver la douleur.

b) *L'asepie* est très simplement réalisée par un badiageonnage de la région avec un tampon de coton imbibé d'alcool iodé ou de mercurochrome.

c) *L'incision* est faite au bistouri. Elle doit être

radiaire, parallèle aux plis cutanés de l'anus et longue d'un demi à un centimètre.

c) *Evacuation du caillot.* — Le caillot apparaît entre les deux lèvres de l'incision « bavant » en quelque sorte entre elles. Rarement il s'évacue spontanément. Il faut en règle l'énucléer par une manœuvre très simple qui consiste à l'exprimer entre deux doigts qui viennent s'opposer, chassant entre et devant eux le caillot. Cette pression doit se faire de la profondeur vers la superficie ; le plus souvent le caillot vient facilement.

Dans certains cas on est un peu gêné par le fait que la thrombose est toute proche de l'orifice anal. Le plus simple est alors d'introduire un doigt dans l'anus qui conjuguera sa pression avec celle d'un autre doigt placé à l'extérieur et diamétralement au premier par rapport à l'orifice de l'incision.

Souvent dans l'hématome sous-cutané le caillot adhère légèrement au tissu environnant, il suffit alors d'une pince sans mors, telle qu'une pince plate à disséquer, ou encore d'une toute petite curette à bords mousses pour enlever les fragments du caillot restés adhérents au tissu cruenté environnant. Enfin, on vérifiera toujours soigneusement s'il n'existe pas un autre caillot plus profond qu'il faudrait également évacuer.

d) *Drainage.* — On draine la cavité qui vient ainsi d'être évacuée et cela d'une manière très simple. Il suffit d'introduire par la plaie opératoire une petite mèche, comme celle dont se servent les otorhino-

logistes pour tamponner une cavité nasale, dans la cavité ; mèche que le malade retirera au bout de quelques heures, le soir, par exemple.

Cette précaution qui pourrait paraître inutile a son intérêt.

En effet, il faut évacuer tout le caillot, dans certains cas il s'en suit un très léger suintement séro-sanguant qui n'a pas grand inconvénient, s'il s'évacue bien de lui-même à l'extérieur. Mais la plaie se referme très vite ou tout au moins ses bords s'accolent et dans l'ancienne cavité de l'hématome viendrait se collecter un nouvel épanchement pouvant être générateur de douleur et d'un syndrome rappelant celui pour lequel on a été amené à intervenir.

e) *Soins ultérieurs.* — Pratiquement inexistants. On se bornera à recommander au malade des soins de propreté après la selle, avec un produit peu irritant. Nous prescrivions volontiers autrefois la lotion locale avec un tampon d'ouate imbibé d'huile d'amandes douces. Il n'est pas nécessaire de constiper le malade.

f) *Résultats.* — Toujours très satisfaisants. La sédation fonctionnelle est immédiate. Très rapidement la plaie se cicatrice par première intention. Au bout de quelques jours elle est réalisée et il ne persistera de cet hématome pas la moindre trace.

Nous voyons donc que semble pour le moins inutile la technique chirurgicale, recommandée par certains il y a quelques années, qui consistait à l'excision large de toute la thrombose avec réunion des lèvres de

l'excision pratiquée en tissu sain. C'est là une véritable intervention, que la bénignité de l'affection, l'efficacité d'un traitement plus simple, ne justifient pas.

A cette technique, quelques légères modifications ont été apportées par Jean Rachet et André Busson

Nous les décrirons avec la forme suivante :

II. — La thrombose phlébitique endoveineuse. Thrombose vraie.

Technique utilisée par Jean Rachet et André Busson.

Nous insisterons dans ce paragraphe sur les particularités propres au traitement de cette forme. Nous renverrons pour tous les points communs au chapitre précédent.

a) *Anesthésie*. — On utilisera une anesthésie « traçante » : avec une fine aiguille à intradermo-réaction on injecte, sous le derme qui recouvre directement la thrombose, quelques gouttes d'anesthésique, sur une ligne correspondant à celle que suivra l'incision. Une telle pratique évite la distension douloureuse des tissus environnants la thrombose, elle suffit dans tous les cas où celle-ci est unique. Par contre, l'injection à la base doit être conservée dans les polythromboses où plusieurs caillots devront être enlevés.

b) *Asepsie*. — Rien à changer.

c) *Incision*. — On se servira d'un bistouri à double tranchant, type Doyen pour la cataracte. Ils ponc-

tionnent en quelque sorte le tégument et incisent, suivant la ligne d'anesthésie, de dedans en dehors, afin d'éviter toute pression sur la zone thrombosée, pression qui risquerait de déterminer quelque douleur étant donné l'anesthésie toute superficielle utilisée. L'incision doit porter uniquement sur le plan cutané-muqueux.

a) *Incision de la peau.* — Une fois cette incision faite on voit apparaître dans l'entrebâillement du cuir de la peau, non pas le caillot lui-même mais un sac bleuté, tendu, qui saille et qui contient le caillot.

On pourrait en faire le tour et l'énucléer en bloc. C'est là, comme nous l'avons signalé, outre qu'il s'agit d'une dissection lente et délicate, une précaution tout à fait inutile. Il n'y a en effet aucun intérêt à enlever la paroi veineuse qui forme le sac et il suffit de l'inciser.

b) *Incision du sac.* — Très simple, avec la même technique, on l'ouvre parallèlement à l'incision cutanée et sur une aussi grande largeur. Point n'est besoin d'anesthésier la paroi du sac, l'ouverture est indolore.

c) *L'évacuation du caillot.* — Une fois le sac incisé, le caillot apparaît et il ne reste qu'à l'énucléer exactement comme nous l'avons indiqué en étudiant la forme à type d'hématome sous-cutané.

Il est exceptionnel d'avoir à utiliser ici pince ou curette, car il y a peu d'adhérences avec la paroi veineuse.

d) *Drainage*. — Point n'est besoin ici de mécher largement, les parois du sac n'ont pas tendance à saigner, par précaution on pourra toutefois introduire *un coin de mèche* dans l'incision.

Jean Rachet et André Busson conseillent d'employer une mèche imbibée d'huile d'amandes douces ou d'huile faiblement goménolée stérile. Cette précaution est importante surtout dans la forme précédente où l'on fait un véritable petit tamponnement de la cavité de l'hématome. Elle évite que l'ablation de la mèche ne soit douloureuse et ne détermine de petites déchirures de capillaires qui pourraient réaliser un suintement secondaire et créer un nouvel hématome. Incident qui arrive parfois si l'on utilise une mèche sèche qui pendant les quelques heures où elle est en place, arrive à « coller » fortement aux tissus environnants.

e) *Soins ultérieurs*. — On procédera exactement comme il a été dit plus haut.

f) *Résultats*. — Ils sont aussi satisfaisants que dans la première forme décrite.

*
* * *

On voit donc que la seule différence consiste dans le fait de l'incision en deux temps :

- dans un premier temps : la peau,
- dans un deuxième temps : le sac veineux.

Nous avons dans le schéma qui suit essayé de montrer les trois principaux temps de la technique.

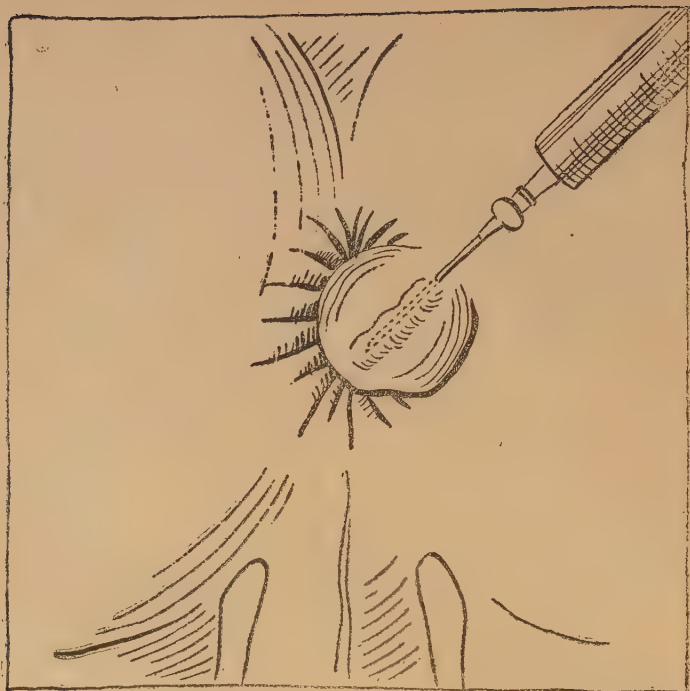


Fig. 1.
Anesthésie locale.

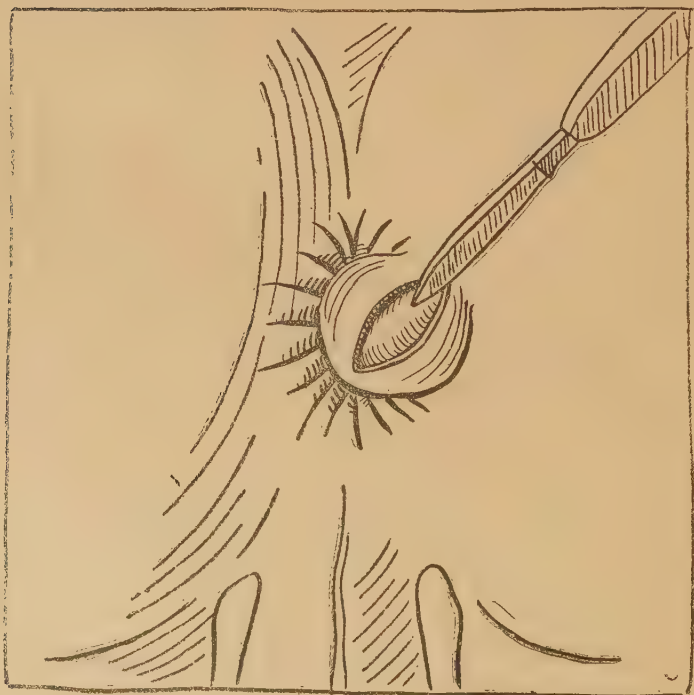


Fig. 2.
Incision cutanée. Le sac apparaît.

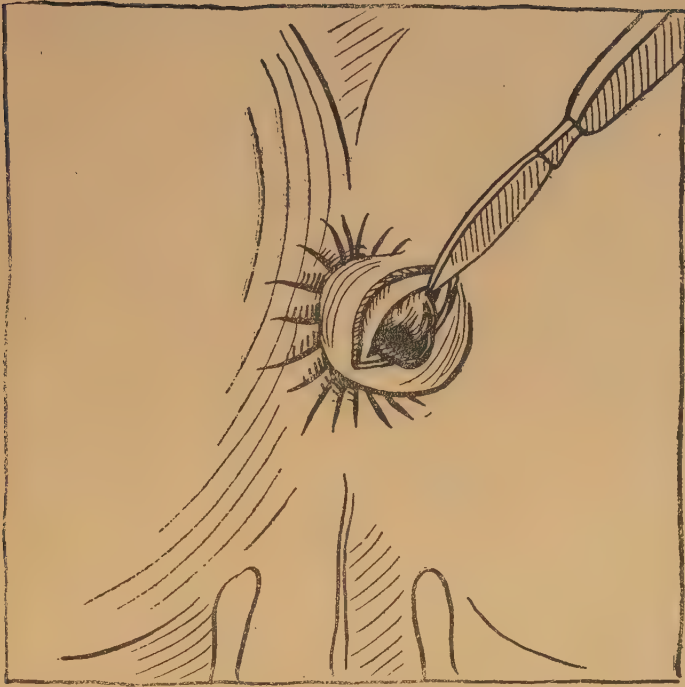


Fig. 3.

Le sac est ouvert. Le caillot s'énuclée.

III. — La thrombose œdémateuse.

Si le traitement des deux premières formes est d'ordre chirurgical, le traitement de la thrombose œdémateuse est d'ordre physiothérapique. Il ne faut pas en effet, inciser cette thrombose. On aurait du mal à enlever les nombreux petits caillots disséminés au sein d'une masse de tissus infiltrés d'œdèmes, on n'obtiendrait ce faisant qu'une aggravation de l'état local : douleur, œdème, écoulement séreux, pouvant

imposer au malade la cessation, temporaire d'ailleurs, de ses occupations.

Enfin, et c'est là, la raison majeure qui doit faire renoncer à cette thérapeutique, les résultats de la physiothérapie lui sont bien supérieurs, en tout point comparables aux excellents résultats que la méthode chirurgicale obtenait avec les deux formes précédentes. Il sera bon d'y associer un traitement médical analogue au traitement habituel bien classique de cette affection.

a) TRAITEMENT RADIOTHÉRAPIQUE.

C'est un incontestable progrès qu'a fait réaliser Raoul Bensaude en indiquant comment on pouvait par ce procédé obtenir de parfaits résultats.

Nous nous retrancherons ici derrière les termes mêmes de Bensaude, Solomon et Marchand (1) :

« Nous irradiions avec un champ couvrant la lésion et nous donnons une première dose de 150 à 225 R. A la suite de cette première séance le malade accuse parfois une recrudescence de la douleur et l'anus semble être le siège d'une poussée inflammatoire suraiguë. *Mais le plus souvent il n'y a aucune réaction immédiate.* Le malade est revu quatre jours après la première séance et si le résultat a paru insuffisant, une deuxième application est effectuée. Dans un cer-

1. Les indications de la Röntgenthérapie dans les affections bénignes anorectales. Congrès d'Electrothérapie de Zurich, août 1934, in Bensaude : *Maladies intestin*, t. IV.

tain nombre de cas, la guérison définitive n'a été obtenue qu'après six applications ».

*
* * *

On voit qu'il s'agit là d'un traitement qui conserve du point de vue de la simplicité autant d'avantages qu'en comportait dans l'ordre chirurgical le traitement indiqué plus haut des formes banales de thrombose hémorroïdaire.

Il est bien rare qu'il faille compléter chirurgicalement la cure de cette thrombose et qu'après résorption de l'œdème on doive procéder à l'ablation des caillots. Ceux-ci en règle de petit volume, se résorbent en effet spontanément.

Deux restrictions néanmoins semblent découler des lignes de Bensaude Solomon et Marchand que nous venons de citer. Aussi, revenons-nous sur ces points qui ne sauraient constituer une critique à cet excellent procédé.

α) La *réaction* qui suit parfois la première application, n'est pas fréquente. De toute façon, elle est très passagère et serait calmée par quelques prescriptions médicales que nous verrons plus loin ;

β) La nécessité de *nombreuses séances* est loin d'être la règle et dans notre pratique, restreinte il est vrai, nous avons toujours vu, en règle générale que, deux ou trois séances suffisent à la cure de cette thrombose œdémateuse. Notre Maître le Dr Jean Rachet nous a confié dans une communication orale qu'il partageait cette façon de voir.

6^o TRAITEMENT MÉDICAL.

Il est bon d'associer à la radiothérapie quelques prescriptions d'ordre médical, qui seules resteraient pratiquement sans effet. Elles auront pour objet la sédation de la douleur.

Les applications de compresses chaudes, d'eau blanche sont en général très efficaces. La vessie de glace réussit mieux chez certains malades. Enfin, les bains de siège prolongés et répétés sont classiques. Dans l'intervalle de ces applications on prescrira l'usage d'une pommade antiseptique et calmante, non astringente ou topique qui ne ferait qu'irriter les téguments. La formule suivante nous semble correspondre à ces intentions :

Poudre de marron d'Inde.....	0,20 gr.
Extrait d'Hamamélis.....	1 gr.
Extrait de Jusquiame	60 cgr.
Vaseline	} ââ..... 15 gr.
Lanoline	

Enfin, chez les grands nerveux qui réagissent violemment à cette poussée douloureuse on se trouvera bien des calmants généraux à type bromure ou gardénal à petites doses sans qu'il soit jamais besoin de recourir aux opiacés.

* * *

Au terme de cet exposé du traitement des thromboses hémorroïdaires on voit qu'il reste *simple, efficace,*

ambulatoire. C'est à notre avis, ses meilleures raisons d'être appliqué systématiquement.

Néanmoins, ce chapitre serait incomplet si nous ne rappelions en quelques mots les règles essentielles de la Prophylaxie des thromboses hémorroïdaires.

Prophylaxie des thromboses hémorroïdaires.

Deux ordres de précautions permettent chez un hémorroïdaire connu ou chez un malade qui vient d'être atteint de thrombose d'éviter l'apparition ou la récurrence de cette complication.

a) *D'ordre général*. — C'est l'amélioration, autant que faire se peut, du « terrain hémorroïdaire ».

On recommandera l'hygiène générale : éviter la sédentarité, s'abstenir d'alcool, épices, condiments, mets relevés.

On régularisera l'intestin, évitant la constipation et plus encore peut-être la diarrhée, mais en proscrivant les laxatifs purgatifs et lavements toujours plus ou moins irritants. L'association mucilage-huile nous rendait jusqu'à ces derniers temps les plus grands services.

On associera quelques toniques veineux à type d'hamamélis, de marron d'Inde.

Enfin, dans certains cas, il y aura intérêt à instituer un traitement glandulaire ou sanguin.

L'ensemble de ces traitements tend donc à suppri-

mer toute cause de réactivation de l'anite hémorroïdaire, base de toutes les complications des hémorroïdes, eomme nous l'avons exposé à l'Étiologie.

b) *D'ordre local.* — Les plus importantes. Outre les prescriptions d'hygiène locale, toilette avec un produit non irritant, toilette à l'eau tiède simple ou avec une huile douce, c'est le traitement des hémorroïdes internes, toujours associées, par la méthode des injections sclérosantes suivant la technique de Bensaude dont les preuves ne sont plus à faire. Qu'il nous suffise de rappeler que les injections de chlorhydrate double de quinine et d'urée à 5 % doivent être sus-hémorroïdaires. Six à huit injections à six ou sept jours d'intervalle sont le plus souvent suffisantes.

Là encore, il s'agit d'une méthode de traitement ambulatoire.

Enfin, en cas de récurrences fréquentes malgré ces mesures prophylactiques on sera parfois, amené à envisager l'excision chirurgicale ou à l'anse diathermiques hémorroïdes externes, ou à leur électrocoagulation monopolaire suivant la méthode de Rachet.

CONCLUSIONS

Au terme de cet exposé, il nous semble pouvoir tirer trois conclusions :

I. — Parmi les thromboses hémorroïdaires, complications qui constituent à elles seules presque toute l'histoire clinique des hémorroïdes externes, il nous paraît que l'on peut distinguer, non pas deux formes cliniques, mais trois formes bien individualisées de par l'anatomie pathologique :

a) *l'hématome sous-cutané* par rupture veineuse ou pseudo-thrombose ;

b) *la thrombose vraie phlébitique endoveineuse*, le caillot étant contenu dans un sac formé par un diverticule de la paroi veineuse ;

c) *La thrombose œdémateuse* qui reste telle que l'a décrite Raoul Bensaude.

II. — Il semble que dans la pathogénie des thromboses, il faille reconnaître à *l'injection* locale une importance plus considérable encore que celle qu'on lui a attribué jusqu'ici. Elle explique ou tout au moins contribue largement à expliquer non seulement l'exis-

tence des hémorroïdes elles-mêmes, mais encore elle semble être un des facteurs principaux de leurs complications.

III. — *Le traitement* de ces diverses variétés de thromboses est maintenant bien codifié. Il reste simple, à la portée de tout médecin, il est *efficace* et cela d'une manière totale et immédiate. Enfin, il est *ambulatoire* n'interrompant point le malade dans ses occupations habituelles.

Il évite d'autre part, l'apparition d'une fistule borgne externe, conséquence relativement fréquente d'une thrombose hémorroïdaire externe non traitée.

Vu : Le Président de la thèse,
L. BINET.

Vu : Le Doyen,
A. BAUDOUIN.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. GIDEL.

TABLE DES MATIÈRES

Préambule.....	11
Etiologie-Pathogénie	15
Anatomie pathologique.....	17
Etude clinique	22
Diagnostic.....	30
Traitement.....	33
Conclusions.....	47
